Le Numéro : 15 CENTIMES — 23 Février 1895. — 7 FRANCS par An

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Etranger . . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3 RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
E. BONNAIRE, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL
Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

NÉVRITE OPTIQUE D'ORIGINE BLENNORRHAGIQUE, par le professeur Panas 65
SUR UNE FORME PARTICULIÈRE D'ASTASIE (astasie oscillante), par MM. les Drs H. Surmont et J. Brunelle 66
MÉDECINE PRATIQUE : Rétrécissements larges de l'urètre. Les faux dilatés, par M. le Dr Desnos. 68
ANALYSE DES TRAVAUX français et étrangers. 69
L'OUEST AFRICAIN. Gabon, Congo français. Topographie, climatologie, flore, faune, acclimatement, état sanitaire, par le Dr Rouire 71
SOCIÉTÉS SAVANTES françaises et étrangères. XXVIII

FACULTÉ DE MÉDECINE

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 27 février 1895, à 1 heure. — M. Vilenski : De l'insuffisance rénale dans la dermatite herpétiforme de Duhring ; MM. Potain, Landouzy, Brissaud, Netter. — M. Magniaux : Bronchite pseudo-membraneuse primitive. Etude pathogénique ; MM. Landouzy, Potain, Brissaud, Netter.

Jeudi 28 février 1895, à 1 heure. — M. Delbet : Anatomie chirurgicale de la vessie ; MM. Guyon, Debove, Baliet, Albarran. — M. Laffitte : De l'ictère émotif : MM. Debove, Guyon, Ballet, Albarran. — M. Pradère : Contribution à l'étude de la suette miliaire ; une forme nerveuse avec contractures tétaniformes généralisées : MM. Laboulbène, Joffroy, Hanot, Marie. — M. Wormser : Des hallucinations unilatérales : MM. Joffroy, Laboulbène, Hanot, Marie.

EXAMENS DE DOCTORAT

Mercredi 27 février 1895. — 3e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tillaux, Ricard, Tuffier. — 3e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Terrier, Jalaguier, Lejars. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. A. Robin, Dejerine, Chauffard. — 5e (Première partie, Obstétrique, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Jeudi 28 février 1895. — (Médecine opératoire) : MM. Duplay, Quenu, Poirier. — 2e (Deuxième partie) : MM. Mathias Duval, Hallopeau, Chantemesse. — 3e (Oral, Première partie) (1re série) : MM. Le Dentu, Schwartz, Maygrier. — 3e (Oral, Première partie) (2e série) : MM. Panas, Berger, Bar. — 3e (Deuxième partie), MM. Cornil, Gilbert, Roger.

Vendredi 1er mars 1895. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Letulle. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Tillaux, Tuffier, Lejars. — 5e (Première partie), Chirurgie Charité (2e série) : MM. Terrier, Ricard, Jalaguier. — 5e (Deuxième partie) Charité : MM. Straus, Brissaud, Chauffard. — 5e (Première partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 2 mars 1895. — 3e (Deuxième partie) : MM. Raymond, Troisier, Marfan. — 4e MM. Laboulbène, Gilbert, Ménétrier. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Berger, Schwartz, Poirier. — 5e (Première partie) Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Panas, Le Dentu, Quénu. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Debove, Hanot, Charrin. — 5e (Première partie), Obstétrique, Clinique d'accouchement, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Concours d'agrégation (Chirurgie et accouchements). — Candidats : *Paris*, MM. Basset, Beurnier, Bonnaire, Broca, Chaput, Chevalier, Clado, Demelin, Dumoulin, Faure, Guillemin, Hartmann, Laskine, Legueu, Lepage, Lyot, Mauclaire, Peraire, Potocki, Rieffel, Rochard, Thiéry, Villemin, Walther ; *Lyon*, MM. Adenot, Albertin, Curtillet, Dor, Fabre, Lagoutte, Nové-Josserand, Rivière, Tellier, Vallon, Villard ; *Montpellier*, MM. Gaudier, Gervais de Rouville, Lassalle, Lavergne, Puech ; *Nancy*, MM. Adam, Frœlich, Schuhl ; *Bordeaux*, MM. Binaud, Braquehaye ; *Lille*, MM. Bué, Oui, Trépant, Vallois ; *Toulouse*, MM. Aidibert, Bauby, Chamayon, Secheyron.

Concours d'agrégation (Médecine). — MM. les candidats à l'agrégation sont informés qu'à partir du lundi 18 février, ils doivent s'abstenir d'entrer dans les hôpitaux ci-après : Hôtel-Dieu, Pitié, Charité (Décision du jury en date du 15 février 1895).

ÉPREUVE D'UNE HEURE APRÈS 48 HEURES DE PRÉPARATION
Questions posées :
1° Rôle du sang dans la défense de l'organisme contre l'infection ;
2° De la dyspnée ;
3° Des variations pathologiques de la tension artérielle ;
4° Les sérums antitoxiques ;
5° Des aphasies sensorielles ;
6° De l'anurie ;
7° Les vertiges ;
8° Troubles de la vision dans les maladies des centres nerveux ;
9° Des splénomégalies ;
10° Des adénopathies non tuberculeuses ;
11° Les anasarques ;
12° Les urticaires ;
13° De l'insuffisance hépatique ;
14° Intoxication par l'oxyde de carbone.

Conférences d'anatomie pathologique. — Le Dr M. Letulle, agrégé, commencera ses conférences pratiques d'anatomie pathologique le lundi 4 mars, à 2 heures, à l'*Amphithéâtre de l'Ecole pratique*, il les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, au Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique (Ecole pratique, escalier 2e étage).

Démonstrations pratiques d'anatomie pathologique. — Des démonstrations pratiques gratuites seront faites par M. Letulle, au *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, les mercredis, vendredis et lundis, de 1 h. 1/2 à 2 heures, avant la conférence, à partir du mercredi 6 mars. (S'inscrire au laboratoire).

HOPITAUX

Concours du Bureau central. (Médecine). Le sujet de la composition écrite a été le suivant : *Des suppurations intrahépatiques.*

Les deux autres questions restées dans l'urne étaient : *Déterminations broncho-pulmonaires de la grippe. — Le poumon chez les cardiaques.*

Les séances ont lieu les mardi, jeudi, samedi à 4 heures à l'hôpital de la Charité. Les séances supplémentaires auront lieu le Dimanche matin à 9 heures et demie.

Les candidats au nombre de 69 liront leur composition écrite dans l'ordre suivant :

Macaigne, Plicque, Renault, Toupet, Belin, de Gennes, Lenoir, Deschamps, Tissier, Jeanselme, Leredde, Launois, Jacquet, Mosny, Legris, Papillon, Klippel, Springer, Mery, Caussade, Souques, Parmentier, Laffitte J. B., Berbès, Enriquez, Sallard, Dupré, Guinon (Louis), Bloch, Wurtz, Buhl, Dubief, Florand, Capitan, Gallois, Thérèse, Hudelo, Barbier, Coste, Thiroloix, Achalme, Critzmann, Triboulet, Claisse, Hallion, Letienne, Boulloche, Lyon, Gastou, Pilliet, Lamy, Charrier, Coffin, Dutil, Vaquez, Nageotte, Soupault, Rénon, Laffitte A., Dalché, Foveau (de Courmelles), Besançon, Pignol, Pineau, de Grand-Maison, de Saint-Germain, Courtois-Suffit, Raymond, Lesage.

Ont obtenu : MM. Macaigne 13, Plicque 13, J. Renault 13, Toupet 16, de Gennes 17, Lenoir 17, Deschamps 13, Tissier 17, Jeanselme 16, Leredde 15.

Réforme du concours de l'internat. — La question de la réforme du concours de l'internat est à l'ordre du jour ; une commission a été instituée par M. le directeur de l'Assistance publique, à l'effet d'étudier les modifications susceptibles d'abréger la durée des épreuves.

Plusieurs projets ont été présentés soit à la Société médicale des hôpitaux soit à la Société de chirurgie : aucun d'eux n'a obtenu l'assentiment général. Le projet suivant, dû à M. Brun, aurait, croyons-nous, l'avantage de satisfaire aux *desiderata* principaux, sans rien changer à la nature des épreuves actuelles.

Le jury se compose de 10 membres : 4 médecins, 4 chirurgiens, 2 accoucheurs. Il choisit deux questions, l'une d'anatomie, l'autre de pathologie que les candidats traitent séparément.

Pour entendre la lecture des copies, le jury se divise en deux sections chargées de juger, l'une la question d'anatomie, l'autre la question de pathologie. Les deux sections fonctionnent concurremment ; les notes sont données séparément.

Le jury est également dédoublé pour l'oral, l'anatomie et la pathologie étant jugées à part.

Les épreuves terminées, les deux sections du jury se réunissent à nouveau, pour classer définitivement les candidats.

Concours de l'Internat.

MM.		MM.	
Ménier	27	Zimmern	26
Pauly	23	Monscourt	20
Desvaux (I. P.)	27	Chevallier (Aug.)	19
Crochet	24	Fossard	24
Terrien (I. P.)	28	Gaudeffroy	24
Tardif	22	Nicolaïdi	20
Poulain	24	Vast	25
		Nobécourt	29

Les candidats dont les noms sont marqués (I. P.) sont déjà internes provisoires.

Sont désignés pour lire leurs copies (Tirage du 15 février).

Coulon.	Grosjean.	Termet.
Boulaï.	Gagnière.	Dujard.-Beaumetz
Bacquelin.	Wolff.	Guillemot.

Concours de l'Externat.

Séance du 22 février 1895.

ANALYSE CLINIQUE DES URINES.			
Larré (Abel)	12 — 18	Lahovary	8 — 19
Linard	20 — 35	Loisel	14 — 26
Laizé	6 — 17	Laffitte	14 — 31
Lemaître	13 — 26	Leclerc	12 — 28
Jacovidès	11 — 27	Langlois	15 — 27
Lalande	15 — 31	Lévy-(Albert)	10 — 18
		Lebel	12 — 24
		Stini	12 — 00
		Vaillant	8 — 14

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES
25, rue du Quatre-Septembre, Paris.
Installations Téléphoniques — Câbles et fils isolés — Pneumatiques de Vélocipèdes
Caoutchouc et Gutta-percha pour usages médicaux — Vêtements imperméables

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

VICHY-CÉLESTINS
Dispepsies : Vin de Chassaing. — *Aliment des enfants* : Phosphatines Falières. — *Constipation* : Poudre laxative de Vichy.

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*
Herpétisme : GRANULES DE FOWLER.
Atonie de l'estomac : GRANULES DE BAUMÉ.
MÉTRITES PÉRICOLS
KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

NÉCROLOGIE

Le monde médical vient de perdre une de ses personnalités les plus marquantes, M. le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, du Conseil d'hygiène et de salubrité, etc. etc., vient de succomber à une longue et terrible maladie. Nous n'avons pas besoin de rappeler à nos lecteurs les grands services rendus par le savant médecin de Cochin à la thérapeutique moderne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

19 février 1895.

Tractions rythmées de la langue. — M. Laborde présente l'observation d'une femme qui, au cours d'un accouchement difficile, avait eu une abondante hémorrhagie, avait perdu connaissance et chez qui la vie semblait avoir pour toujours disparu. Au bout de dix minutes de tractions rythmées, la respiration reparut.

L'enfant, qui s'était présenté par le siège, avait eu la tête retenue longtemps dans l'utérus; le cordon ne battait plus. La tête ayant été extraite avec les plus grandes difficultés, l'enfant qui ne donnait aucun signe de vie, avait été abandonné; ce n'est qu'après que la mère parut hors de danger que l'on revint à lui. Les tractions rythmées furent faites pendant une heure et quart; le premier mouvement respiratoire reparut alors.

Sans doute, dans ces cas, l'*insufflation* n'a pas été employée, or, c'est précisément pour montrer qu'elle est avantageusement remplacée par un procédé d'une application facile et immédiate, que je les rapporte. L'insufflation, même laryngée, n'aurait certainement pas amené la résurrection de l'enfant.

D'une façon générale, le procédé du soufflet après trachéotomie, est d'une application difficile, et même impossible dans le cas d'asphyxie des nouveau-nés. Il réalise l'insufflation directe, mais, malgré sa puissance incontestable, n'a pas une puissance comparable à celle du procédé de la langue.

Les autres procédés, excitations extérieures ou cutanées de toute nature et de toute intensité; pressions thoraciques simples ou mixtes : méthode de Marshal-Hall, de Sylvester, de Schultze, de Picini, etc., peuvent tous être ramenés au mécanisme suivant : provocation du reflexe et de la mécanique qu'il réalise, par une excitation périphérique plus ou moins éloignée, mais toujours indirecte.

Au contraire, le procédé de la langue réalise l'excitation directe, par conséquent la plus intense, des nerfs sensitifs respiratoires. De là sa supériorité réelle, comme il et, en même temps, le plus simple, le plus facile à mettre en œuvre, à la portée de tous, qu'il ne présente aucun d s inconvénients, et même des dangers inhérents aux procédés d'insufflation. M. Laborde se croit donc en droit de conclure :

Oui, en principe physiologique, la méthode des tractions rythmées de la langue est supérieure aux autres procédés dits de respiration artificielle, et notamment aux procédés d'insufflation, dans l'asphyxie et la mort apparente du nouveau-né. — Oui, en fait, et d'après les résultats pratiques acquis, sa supériorité est également réelle et confirmée.

Comme conséquence de cette démonstration, à la fois théorique et pratique, le procédé de la langue est en train d'être adopté, et il le sera nécessairement, comme procédé de choix, par tous les praticiens, à l'exception, jusqu'à présent, des seuls accoucheurs de profession, notamment des maîtres officiels de l'obstétrique qui, quoi qu'ils disent et qu'ils fassent, sont exposés à rester seuls... avec l'insufflation.

M. Tarnier regrette de voir M. Laborde tomber dans un tel exclusivisme. Tous les accoucheurs savent combien d'enfants sont sauvés par les insufflations; M. Laborde de son côté obtient d'excellents résultats par son procédé. Mais il a eu tort de vouloir amoindrir la confiance que mérite l'insufflation : c'est elle qui a sauvé, et sauvera encore des milliers d'enfants. Il faut réagir avec vigueur contre le discrédit dont M. Laborde la menace.

M. Laborde prétend que l'insufflation ne fait qu'exciter des réflexes, et les excite moins bien que les tractions sur la langue; mais, avec l'insufflation, on entretient la vie très longtemps, et on porte directement l'air dans les poumons. M. Laborde a dit de plus que l'insufflation était dangereuse et risquait d'empoisonner l'enfant par l'acide carbonique venant de la bouche de l'opérateur. Les traités de physiologie nous apprennent que le premier tiers de l'air expiré ne contient pas d'acide carbonique; cela est rassurant, car une poitrine d'enfant est loin de pouvoir admettre le tiers de la quantité d'air qu'expire un adulte qui a de plus l'avantage d'être chaud. Il vaut donc mieux insuffler avec la bouche qu'avec une poire, le procédé de l'insufflation n'est ni irrationnel, ni antiphysiologique.

En rendant justice aux travaux de M. Laborde, M. Tarnier proteste absolument contre cette assertion que les accoucheurs refusent d'abandonner l'insufflation, à cause d'un état psychologique particulier. Il a essayé les tractions rythmées, mais la respiration tardait tant à se rétablir il a pris peur et a insufflé l'enfant, sachant vite le ranimer. M. Laborde dit : « vous n'avez pas tiré assez longtemps »; c'est facile à dire en face d'un chien dans un laboratoire, en face d'un enfant c'est autre chose, sentant les battements du cœur s'affaiblir de plus en plus pendant qu'on tire la langue, voyant que l'enfant va mourir, il faut l insuffler.

M. Laborde triomphe parce qu'il a eu soixante-quatre succès sur soixante-quatre cas. C'est peut-être parce qu'on ne lui a écrit que quand on réussissait. **M. Laborde** relate quatre insuccès. **M. Tarnier** pense qu'il y en a eu certainement beaucoup plus et conclut en disant qu'il y a encore besoin de nouveaux faits pour juger la question; le traitement paraît différer suivant le cas.

Pathogénie du coup de chaleur. — M. Kelsch. Une partie des troubles fonctionnels graves du coup de chaleur, ressortissent à des facteurs individuels, à des dispositions morbides natives et acquises, à des lésions latentes, en un mot à des tares pathologiques silencieuses jusqu'alors qui, sous le coup d'efforts trop longtemps soutenus, brusquement deviennent manifestes.

Ainsi s'expliquent pourquoi les effets attribués à ces influences ne se manifestent que chez quelques individus d'un même groupe, d'où la divergence des opinions émises sur la thérapeutique à employer contre ces accidents. Tour à tour la saignée, les stimulants, l'eau en boissons et en affusions ont été indiqués; il n'est pas possible de formuler un précepte thérapeutique univoque; les indications, variant d'un sujet à l'autre, sont subordonnées aux facteurs individuels qui se trouvent en cause, elles doivent donc être déduites de chaque cas particulier.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

16 février 1895.

Physiologie et pathologie des neurones. — M. Dastre communique de la part de M. Morat (de Lyon) quelques objections à la théorie de la contractilité des cellules nerveuses admise par M. Mathias Duval et Lépine. Si on peut comparer les prolongements protoplasmiques de ces cellules aux pseudopodes des amibes, il n'en est plus de même du prolongement cylindre-axile, car si celui-ci était contractile, il est assez long pour qu'il en résulte une diminution notable de sa longueur, ce qu'il serait facile de constater. M, Dastre partage l'opinion de M. Morat, et ne voit pas bien comment le cylindre-axe pourrait, comme une fibre musculaire, s'allonger et se rétracter.

M. Mathias Duval, n'a jamais considéré le cylindre-axe comme contractile dans toute son étendue, mais seulement dans ses extrémités ramifiées; ces mouvements sont assez petits pour ne pas être constatés par nos moyens d'investigation, et cependant assez étendus pour interrompre les communications nerveuses.

Influence de l'ozone atmosphérique sur les épidémies. — M. Foveau de Courmelles L'ozone manque généralement dans l'air ambiant, en temps d'épidémie apyrétique comme le choléra; en revanche, l'auteur l'a trouvé en 1889-90, abondant dans des milieux où régnait la grippe. En outre, il a remarqué avec des documents officiels portant sur plusieurs années, le grand nombre de mort-nés (proportionnellement supérieur à celui de Paris) dans une petite ville, entourée de forêts salubres, mais où manque l'ozone absorbé par les produits lancés dans l'atmosphère par une usine de produits chlorés. Il semble donc y avoir là des actions asphyxiques électives sur les vaisseaux utérins ou fœtaux.

En outre, au moyen de papiers iodo-amidonnés et une échelle colorimétrique, toujours les mêmes : ceux du service ozonométrique de Bruxelles dirigé par M. Von Basteleer, le Dr Foveau de Courmelles, a organisé avec l'aide de nombreux correspondants, un service ozonométrique français où toutes les recherches sont comparables. La météorologie vient prêter un appoint à l'hygiène, en notant l'état ozonoscopique atmosphérique et épidémiologique ambiant : les vents venant du nord, manquent souvent d'ozone, alors que ceux du sud et de l'ouest n'en sont jamais dépourvus en une région déterminée.

Aussi, pour le Dr Foveau de Courmelles, de même qu'on peut, en météorologie, prédire la marche des tempêtes et des cyclones, on peut ou plutôt on pourra à bref délai, grâce à la direction des vents et à la constitution ozonoscopique de l'air qu'ils déplacent, déterminer les zones d'atténuation ou de violence de certaines épidémies.

Evolution de l'instinct. — M. Féré. Au cours de ses recherches sur les incubations artificielles, a pu constater que les poussins, à la sortie de l'œuf, picoraient sans aucun discernement toutes les substances placées devant eux. Ce n'est qu'au bout de plusieurs jours que ces animaux s'habituent à distinguer les substances alimentaires des autres substances : ce fait semble prouver, contrairement à ce qui est généralement admis, que l'instinct n'existe pas dès la naissance, qu'il se développe progressivement et qu'il est même passible d'un certain perfectionnement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

20 février 1895.

Résection de l'extrémité supérieure de l'humérus pour sarcome. — M. Reclus. M. Heurtaux, de Nantes, nous a envoyé une observation de sarcome globo-cellulaire de l'extrémité supérieure de l'humérus pour lequel il a pratiqué, avec succès, la résection de cette extrémité. A propos de ce cas, je rappellerai que la majorité des chirurgiens sont partisans de la désarticulation du bras, estimant que la résection, d'une part, expose à la récidive et, d'autre part, donne un membre inutile et ballant.

Telle est l'opinion donnée par Kirmisson dans un article récent et telle paraît être aussi celle de M. le professeur Ollier. Condamner ainsi la résection me paraît excessif. Tout d'abord, la résection simple me semble suffisante pour les néoplasmes limités. Quant à l'utilité d'un membre ballant, elle n'est pas à contester, ainsi qu'il appert de plusieurs observations. Je me rappelle avoir observé un malade auquel Denonvilliers enleva toute la diaphyse humérale, y compris le périoste; seules, les deux extrémités furent respectées. L'opéré guérit et garda un membre ballant qui lui fut néanmoins très utile; lors des contractions, il se produisait un raccourcissement considérable, mais les mouvements étaient possibles. Ce souvenir m'inspira dans le cas suivant et me fit pratiquer une résection partielle de l'humérus.

En mars 1883, un enfant de six ans fit une chute et, trois semaines après, présenta au niveau de la tête humérale une tumeur que, vu les antécédents du petit malade, je diagnostiquai abcès tuberculeux. L'opération, pratiquée le 8 avril suivant, me fit constater l'existence d'un sarcome mou développé dans l'épaisseur de l'os lui-même. J'enlevai toute l'extrémité supérieure de l'humérus, y compris le périoste, soit 10 centimètres, ce qui représentait la moitié de l'os. Une coupe verticale me montra que le sarcome atteignait en haut presque le cartilage et s'étendait en bas jusqu'à 2 centimètres au-dessus du trait de scie. L'examen histologique démontra l'exactitude du diagnostic macroscopique; un second examen, pratiqué plus tard par M. Ollier, le confirma. Le résultat de cette intervention a été excellent. Trois ans après, M. Ollier revoyait le malade et pouvait constater que le membre était atrophié, surtout au niveau de l'épaule, mais qu'il était extrêmement utile au malade. En août 1894, j'ai revu le jeune homme et j'ai noté, d'une part, l'absence absolue de récidive, et d'autre part, l'utilité très grande du bras réséqué. Sans doute, celui-ci est atrophié et ne mesure que 19 centimètres tandis que le droit offre une longueur de 32 centimètres. Sans doute encore les muscles, et en particulier les scapulo-huméraux, sont faibles et l'os lui-même a subi une sorte de résorption partielle, mais les mouvements sont possibles et l'opéré peut même jouer du piano. Je conclurai donc que dans les néoplasmes limités de l'extrémité supérieure de l'humérus, la résection peut donner de bons résultats, et je regrette que M. le professeur Ollier, qui a pu suivre mon jeune malade, ne se rallie pas à cette intervention conservatrice.

M. Quénu. Lors de la dernière discussion engagée au sujet de la conduite chirurgicale à tenir dans les sarcomes de l'humérus, la plupart d'entre nous ont préconisé la désarticulation, non seulement du bras, mais encore de l'omoplate. Je rappelle que j'avais dit qu'il fallait distinguer les cas : si les lésions étaient circonscrites, la désarticulation de l'humérus me paraissait suffisante. Je vois aujourd'hui que la résection simple peut suffire, ce qui ne peut que me confirmer dans mes idées.

De l'infection urinaire. — M. Bazy. Le point de départ de ce travail est l'observation d'un malade qui a été pris d'accidents dont l'évolution ne peut laisser de doutes sur leur nature et leur pathogénie. Il s'agit d'un homme de soixante-dix ans, diabétique, profitant de son passage à Paris pour aller consulter le professeur Y..., au sujet des troubles urinaires vagues et indéterminés. Il est sondé, on ne trouve rien, et les organes paraissent en si bon état que le chirurgien n'hésite pas à permettre, pour le lendemain, le voyage dans le midi de la France, vers lequel le malade se dirigeait.

Quarante-huit heures après ce sondage qui a déterminé l'apparition de quelques gouttes de sang sur la chemise, frissons qui se répètent.

Appelé en consultation, sans sonder le malade, je l'examine et ne constate rien ni au périnée, ni à la *prostate*, ni extérieurement sur le reste de l'urètre. Les reins sont un peu douloureux, l'urine rare, et contenant un très léger nuage; du reste, aucun antécédent urinaire : langue sèche, insomnie, température presque normale, pouls rapide.

Le diagnostic fut, injection urinaire à point de départ urétral, avec détermination rénale probable. Je vis le malade trois fois, l'état restait le même, et je prévoyais une fin prochaine.

Aussi, quelle ne fut pas ma surprise d'être rappelé quinze jours après; je constatai alors l'existence de ce qu'on appelle l'infiltration d'urine, ce qu'il convient mieux d'appeler le phlegmon diffus périurétral. Ces accidents locaux avaient apparu il y a trois jours, sans provocation, et s'étaient développés rapidement depuis douze heures.

Nous ne pûmes opérer que le lendemain. Je fis de larges incisions. Le malade paraissait devoir guérir, quand le huitième jour, le cœur faiblit, et trente-six heures après le malade était emporté. Pas une goutte d'urine n'est passée par les plaies opératoires.

L'évolution du mal peut être divisée en deux périodes :
1° Période des accidents généraux ;
2° Période des accidents locaux.

Le point de départ étant le même, une légère éraillure urétrale, ce qui prouve l'identité des deux ordres de phénomènes observés. Avant de tirer des conclusions de ces faits, j'attire l'attention sur ce point que le malade était glycosurique. Ceci pourrait montrer la gravité d'une intervention chirurgicale même minime (dans l'espèce un simple cathétérisme) chez les diabétiques... Il montre surtout que ce malade rentrait dans la catégorie des faux urinaires glycosuriques que j'ai décrits, et la connaissance de ces faits eût empêché le cathétérisme, et par suite les accidents mortels qui en ont été la conséquence.

Ce fait prouve que les accidents infectieux qui peuvent atteindre les voies urinaires ont une même origine, qu'il s'agisse de ce qu'on appelle la fièvre urineuse ou bien l'infiltration d'urine.

Ces accidents peuvent et doivent être indépendants de l'urine ; celle-ci peut être à la vérité le véhicule de ces microbes, tantôt pour les déposer sur la porte d'entrée et les faire pénétrer dans l'organisme, tantôt, au contraire, pour les expulser au dehors, pouvant ainsi exercer un double rôle nuisible dans un cas, favorable dans l'autre.

Les infections de l'appareil urinaire peuvent y rester localisées ou en sortir : elles peuvent être locales jusqu'à la fin ou devenir générales, c'est-à-dire infecter secondairement tout l'organisme. Elles sont primitives, c'est-à-dire nées dans cet appareil, ou secondaires, c'est-à-dire nées dans un point quelconque de l'organisme, d'où elles peuvent envahir secondairement l'appareil urinaire, elles peuvent y revenir après avoir déterminé l'infection du sang. Quelles qu'elles soient, locales ou générales, primitives ou secondaires, elles rentrent toutes dans le cadre des infections dont le chirurgien doit se préoccuper.

La conception actuelle des infections urinaires doit faire rejeter celle de Velpeau, qui faisait de ce qu'il appelait l'empoisonnement urineux un empoisonnement spécial. Or, nos connaissances nous forcent à faire rentrer les infections de l'appareil urinaire dans le cadre des infections de tous les autres appareils ou organes.

L'étude des infections de l'appareil urinaire doit comprendre toutes les infections, y compris l'infection gonococcienne et l'infection tuberculeuse. A tous ces points de vue, ces conclusions sont opposées à celles du rapporteur au *Congrès français de chirurgie* de 1892. — (Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires. — Rapp. général, M. F. Guyon, — page 86 et suiv.)

Les manifestations de l'infection de l'appareil urinaire sont multiples. La fièvre tout en étant un élément important, n'est pas toujours le plus important, surtout au point de vue du pronostic. Le mot de *fièvre urineuse* doit donc être rayé de la nomenclature, d'autant que ce n'est qu'un symptôme, et que le mot « urineuse » semble indiquer la participation de l'urine, ce qui consacrerait une erreur.

Si ce mot-là devait être conservé, il ne devrait l'être pour cette forme (négligée dans le rapport cité plus haut) qui est analogue à l'accès de la fièvre intermittente, et qui est *peut-être* spéciale à l'appareil urinaire. Comme cet accès paraît être dû à la pénétration dans le sang des ptomaïnes dissoutes dans l'urine, ce mot de fièvre urineuse pourrait lui être appliqué en attendant une dénomination plus pathogénétique.

L'évolution de l'infection varie : 1° avec le point de départ, avec sa localisation, son extension et sa généralisation ; 2° avec les agents de l'infection ; 3° avec le milieu, le terrain, l'état anatomique des organes atteints — et à ce dernier point de vue, il faut signaler l'état des reins (sclérose primitive ou secondaire, atteintes antérieures), et l'état du tube digestif.

Le traitement de l'infection est celui que l'expérience a depuis longtemps consacré. Tout en augmentant la résistance des individus par des toniques, il faut éliminer le plus possible les poisons et les microorganismes par des diurétiques et le lait surtout, des antiseptiques locaux ou généraux, par des drainages le long des conduits naturels (sonde à demeure, etc.) ou artificiels : incisions multiples, ablation des foyers infectieux, taille hypogastrique, urétrotomie interne ou externe, etc. C'est, en somme, la thérapeutique de toutes les infections, quel que soit l'organe atteint.

Néphrectomie pour tuberculose rénale au début déterminant une hématurie grave. — M. Routier. Une femme de vingt-huit ans, ne présentant dans ses antécédents aucune tare constitutionnelle, est brusquement atteinte le 2 novembre 1894 d'une hématurie qui dure jusqu'au 15 novembre. Dans la nuit du 15 au 16 novembre se déclare une crise violente de douleurs simulant une colique néphrétique. Deux ou trois jours après survient une nouvelle crise, en même temps que continue d'ailleurs l'hématurie. Le 8 décembre la malade exsangue arrive à l'hôpital urinant du sang pur. A la palpation je ne trouve rien au niveau du rein gauche, mais le rein droit ne peut être facilement exploré, la pression étant très douloureuse à son niveau. Après cystoscopie, je portai le diagnostic de néoplasme du rein droit et pratiquai la néphrectomie. Au cours de l'opération je crus sentir une tumeur au niveau du bassinet, mais l'examen de l'organe enlevé ne me montra que deux ulcérations sur deux papilles. L'examen histologique de ces lésions fut fait par M. Pilliet, qui reconnut une tuberculose limitée à deux papilles envoyant des prolongements dans les pyramides de Ferrein. Mon opérée, dont tous les autres organes sont sains, est restée complètement guérie.

Je pense qu'il s'agit d'un cas de tuberculose d'origine sanguine ou interne, ainsi que Du Pasquier en a présenté des exemples.

M. Tuffier. — J'ai opéré un grand nombre de reins tuberculeux et j'ai même publié un cas de tuberculose rénale à forme hémorrhagique. Des accidents analogues à ceux dont nous parle M. Routier s'étaient développés : je fis la néphrectomie, et ma malade est restée guérie depuis deux ans.

Ces faits d'hémorrhagie, au cours de la tuberculose rénale, ne sont pas très rares : s'agit-il d'ulcération artérielle ou d'exhalaison sanguine due à des phénomènes congestifs? Le fait est difficile à préciser, mais en tous cas l'hémorrhagie est grave, menace la vie et réclame une intervention.

Résection de la saphène pour varices. — M. Quénu présente une malade à laquelle il a extirpé du côté droit l'an passé, plusieurs paquets variqueux dont quelques-uns enflammés ; le résultat a été parfait, et l'opérée est venue, cette année, réclamer une intervention semblable pour le membre inférieur gauche.

M. Schwartz. Il y a quatre ans, j'ai pratiqué également l'extirpation de varices, et mon opéré, très soulagé, a réclamé, il y a un an, une nouvelle intervention pour d'autres varices développées sur le membre opposé.

M. Reclus J'ai plusieurs observations de ce genre. Je dirai simplement qu'un de mes opérés reste complètement guéri depuis deux ans.

M. Lucas-Championnière. Je tiens à dire combien ces résections veineuses me paraissent excellentes. J'ai montré un sujet guéri depuis dix ans; je n'avais pas d'ailleurs pratiqué une opération aussi radicale que celle dont on parle maintenant, et à laquelle, au reste, je donne la préférence, parce qu'on peut être plus hardi aujourd'hui.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

22 février 1895.

Varices lymphatiques sous-cutanées abdominales. — M. Hanot signale deux observations de varices lymphatiques sous-cutanées abdominales, survenues chez des malades atteints de cirrhose atrophique; chez ces deux malades la ponction a produit une diminution de ces varices; mais celles-ci n'ont pas tardé à présenter de nouveau leur aspect initial; les malades ayant quitté le service, il n'a pas été possible de savoir ce qui est advenu de ces varices lymphatiques; il est intéressant, néanmoins, de connaître la possibilité de leur apparition au cours de la cirrhose atrophique, puisqu'aucune observation de ce genre n'a été faite jusqu'à présent. Il est à noter, en outre, que chez ces deux malades, les varices lymphatiques ne s'étendaient pas jusque sur la cuisse, comme on l'a constaté dans les cas chirurgicaux où les varices lymphatiques dépendaient d'une compression et d'une stase lymphatique occasionnées par des tumeurs déterminées.

M. Mathieu demande si ces deux cas présentent une relation quelconque avec les observations d'ascite chyleuse.

M. Hanot répond qu'il a constaté dans ces deux cas une leucocytose manifeste, mais que le liquide ascitique n'offrait nullement les caractères d'un épanchement chyleux.

Des pleurésies séro-fibrineuses primitives. — Après avoir rappelé que M. Landouzy tend à considérer cliniquement toute pleurésie séro-fibrineuse comme fonction de la tuberculose, que M. Netter, tout en la reconnaissant dans quelques cas indépendante de la tuberculose, la regarde néanmoins, avec l'aide de ses statistiques bactériologiques, comme consécutive à la tuberculose dans la très grande majorité des cas, et qu'enfin M. Talamon a constaté, dans certains cas, la nature pneumococcique ou streptococcique de cette affection, **M. Fernet** se range, d'après ses propres observations, à l'opinion formulée dans la *Gazette hebdomadaire* par M. Kelsch. Ce dernier, protestant contre une interprétation exagérée de ses recherches sur la nature de la pleurésie séro-fibrineuse primitive, la croit toujours infectieuse, mais non toujours tuberculeuse.

Pour lui comme pour M. Fernet, qui déclare n'avoir eu connaissance de la dernière note de M. Kelsch qu'après avoir terminé son propre travail, souvent l'infection de la plèvre se produit en réalité après le début d'une autre infection locale (bronchite ou pneumonie, etc.) qui est tantôt prédominante ou tout au moins d'égale importance, tantôt assez effacée pour laisser à la pleurésie l'apparence d'une protopathie.

Adoptant la classification basée sur la nature de l'agent pathogène, M. Fernet résume brièvement ses observations récentes, concernant 20 cas depleurésie séro-fibrineuse, d'apparence primitive qui se répartissent de la façon suivante :

4	pleurésies à pneumocoques.	20	pour 100.
6	— à staphylocoques	30	—
1	— à bacilles d'Éberth . . .	5	—
3	— à bacilles de Koch . . .	15	—
6	— à bactéries indéterminées.	30	—

La proportion des pleurésies séro-fibrineuses à pneumocoques serait sûrement supérieure à 20 pour 100, si l'on pouvait tenir compte des cas de pleurésie superficielle accompagnant une pneumonie à symptômes bien accentués, et des cas classés dans les pleurésies de nature indéterminée mais cliniquement imputables à une infection primitivement pneumonique. Quoi qu'il en soit, dans les 4 cas observés, on a noté un ensemble de symptômes rappelant ceux de la pneumonie, à l'exclusion des seuls signes physiques : début brusque, grand frisson initial, élévation de l'hyperthermie, fréquence du pouls, accentuation du point de côté, sécheresse de la toux, viscosité de l'expectoration qui est parfois sanguinolente et toujours peu abondante, apparition de l'herpès labial à la fin du troisième jour, crise de vingt-quatre à quarante-huit heures survenant vers le septième jour, mais prolongation de la dyspnée en rapport avec l'épanchement. Celui-ci est peu copieux, d'un jaune verdâtre, assez épais et présente une tendance marquée à former des caillots ; l'épanchement ne persiste pas au delà de deux ou trois semaines et laisse des plastrons fibrineux durables qui finissent par amener une rétraction accentuée. En cas de ponction, le liquide ne se reforme pas, parce que le pneumocoque n'a généralement qu'une vitalité assez courte. Le pronostic est, en somme, bénin ; l'avenir du malade n'est pas plus menacé qu'à la suite d'une pneumonie franche.

Dans les cas de pleurésie à staphylocoques, le début a été latent et les malades, se présentant au bout de la deuxième ou troisième semaine seulement, étaient fort surpris de l'opportunité de la thoracentèse. Les troubles locaux sont, en pareil cas, très peu accusés ; la marche plutôt subaiguë, parfois tout à fait chronique. L'épanchement, moins épais que dans les cas précédents, offre une tendance marquée à se reproduire. Quant au staphylocoque pathogène, il n'appartenait qu'une fois à l'espèce *aurea* ; le staphylococcus albus existait dans les 5 autres cas ; il a été constaté, en outre, associé dans divers cas à d'autres bactéries, notamment au bacille de Koch.

Chez un typhique, un épanchement pleurétique, peu abondant et peu fibrineux, a fourni exclusivement le bacille d'Eberth. Dans ce cas, les signes d'épanchement étaient peu accentués et l'affection pleurale presque latente.

Sur les 3 cas de pleurésie à bacille de Koch, où l'on a trouvé les bactéries spécifiques dans les exsudats pleuraux, il en est trois qui n'ont pas fourni de cultures, et deux où l'association du staphylococcus albus a été décelée. Si l'on remarque que, dans la grande majorité des cas, les pleurésies des tuberculeux sont des pleurésies sèches ou à épanchement très modéré, ne nécessitant aucune ponction, tandis que le staphylococcus albus paraît présenter en général un caractère nettement pleurogène, on est conduit à penser que, chez les tuberculeux, la forme sèche, la plus fréquente, se trouve sous la dépendance directe du bacille de Koch, et la pleurésie avec épanchement et tendance chronique sous la dépendance des bactéries associées au bacille de Koch. Cette étude mérite en tout cas de fixer l'attention des observateurs.

Quant aux 6 cas de pleurésie séro-fibrineuse où l'examen bactériologique n'a pu procurer le diagnostic certain de la nature de l'affection, ils se répartissent, au point de vue clinique, en 3 cas se rapprochant du type des pleurésies à pneumocoques, 2 du type des pleurésies à staphylocoques et 1 au type des pleurésies à bacilles de Koch. Pour les 5 premières, en tout cas, l'hypothèse d'une tuberculose a paru tout à fait invraisemblable.

En résumé, la pleurésie séro-fibrineuse d'apparence protopathique ne mérite pas toujours la réputation de gravité excessive qui lui a été attribuée ; son pronostic varie avec ses caractères cliniques, qui sont liés eux-mêmes à sa cause bactériologique ; bénigne lorsqu'elle est de nature pneumococcique, la pleurésie séro-fibrineuse présente une gravité plus grande lorsqu'elle est imputable aux staphylocoques, aux bacilles d'Eberth et surtout aux bacilles tuberculeux.

M. Netter fait remarquer que, dans quelques-unes de ses recherches, il a recueilli des bactéries ressemblant aux pneumocoques, sans avoir pu déterminer, au moyen des inoculations, leur véritable nature.

M. Fernet répond que, dans ses études précitées, il a effectué des ponctions exploratrices généralement précoces et que les inoculations aux souris lui ont démontré que les cultures obtenues étaient bien celles du pneumocoque.

M. Netter déclare que ces résultats, conformes à ceux de quelques auteurs étrangers, confirment sa propre opinion, qui l'engageait à considérer comme réellement pneumococciques les pleurésies en question; il estime également que les staphylocoques collaborent dans maints cas à la production de la pleurésie séro-fibrineuse; mais il pense que, parmi les cas de pleurésie dont la nature n'a pas été bactériologiquement déterminée, il en est qui auraient peut-être provoqué une infection tuberculeuse si le liquide épanché avait été inoculé à des animaux à une date plus éloignée du début de l'affection.

VIN GIRARD Iodo-tannique phosphaté — Succédané de l'Huile de Foie de Morue — MALADIES de POITRINE

VIN GIRARD Iodo-tannique phosphaté — Succédané de l'Huile de Foie de Morue — MALADIES de POITRINE

DRAGÉES DE DUROZIEZ
AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON
Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

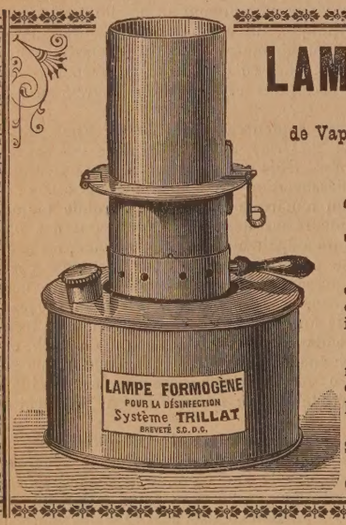
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLERÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.



LAMPE FORMOGÈNE

à dégagement
de Vapeurs d'Aldéhyde formique (FORMOL)
POUR LA
DÉSINFECTION
complète, simple, rapide et économique
DE TOUS LES APPARTEMENTS, CHAMBRES DE MALADES, SALLES D'HOPITAUX, ECOLES, etc.

Cet Appareil fonctionne par l'alcool de bois que l'on trouve couramment dans le commerce et dont le prix est insignifiant.

La DÉSINFECTION par ce procédé n'entraîne à aucun déménagement, ne détériorant aucun objet et ne laissant pas trace d'odeur.

VENTE EN GROS :
SOCIÉTÉ FRANÇAISE de PRODUITS PHARMACEUTIQUES
9 et 11, Rue de la Perle, Paris
qui enverra une Notice explicative sur demande.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF
DÉSINFECTANT ANTIDIPHTHÉRIQUE
CICATRISANT LES PLAIES
Admis dans les hôpitaux de Paris et de la Marine militaire française
PREUVE IRRÉCUSABLE DE SES QUALITÉS
Très efficace contre les **Anthrax, Cancers, Gangrènes, Angines couenneuses, Pityriasis, Leucorrhée, Suites d'accouchements**, etc.
SE DÉFIER DES IMITATIONS

Phtisie, Bronchites, Catarrhes, Laryngites; Dermatoses.
SIROP CROSNIER
MINÉRAL-SULFUREUX
au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE et GOUDRON
ADULTES : Une cuillerée à bouche matin et soir, une heure avant ou deux heures après le repas.

..... A ces divers points de vue la préparation de Crosnier vient donc combler une véritable lacune en permettant aux Praticiens de compter sur la bonne conservation d'un médicament bien dosé et facile à faire accepter par les personnes les plus délicates.
Extrait du Rapport officiel de l'**Académie de Médecine** de Paris (7 Août 1877).

PARIS, 21, Rue Vieille-du-Temple, *et toutes Pharmacies.*

PHOSPHOVINATE D'OR JOLLY Reconstituant et Séda des **CELLULES NERVEUS**
par l'**ACIDE PHOSPHORIQUE**, stimulant et anti-diathésique par l'
Spécifique réel des **MALADIES NERVEUSES** ET DU **DIABÈT**
DOSES : 10 à 80 gouttes par jour en 2 fois progressivement.
PARIS, 64, Faubourg Poissonnière

CHLOROSE ANÉMIE ÉPUISEMENT
DRAGÉES DE FER COGNET
PROTOXALATE DE FER ET QUASSINE CRIST
LE PLUS ACTIF FERRUGINEUX
A. COGNET, 43, RUE SAINTONGE, PARIS ET PHIES

F E L L O W S

S I R O P

SIROP DE FELLOWS
D'HYPOPHOSPHITES COMPOSÉ

Contient les **éléments essentiels de l'organisme** : la **potasse** et la **chaux.**

Les **toniques** : la **quinine** et la **strychnine** et le **reconstituant vital** par excellence : le **phosphore.**

Son action curative est prompte et énergique dans
la **Phthisie**, la **Neurasthénie**, l'**Anémie**, les **Affections pulmonaires**, le **Rachitisme.**
C'EST LE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE
Chez tous les Pharmaciens.
DÉPOT GÉNÉRAL : 5, Rue de la Paix, PARIS

F E L L O W S

STATION CLIMATERIQUE
DE VERNET-LES-BAINS
(PYRÉNÉES-ORIENTALES)

SANATORIUM DU CANIGOU
Pour les maladies de poitrine
Dirigé par le Dr CH. SABOURIN
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

LE **RÉGIME LACTÉ** modifié comme suit est toujours bien toléré : LAIT *sucré à volonté*, 1 VERRE. POUDRE de PEPTONE CATILLON, 1 CUILLERÉE.
Avec 4 à 8 doses par jour on nourrit très bien les malades aigus ou chroniques et on leur permet de résister.

ARCACHON ENFANTS DÉBILES CONVALESCENCES SCROFULES ET TUBERCULOSES
MAISON DE FAMILLE & DE CONVALESCENCE
Située dans les Pins, à proximité de la Plage
Grand Jardin — Tennis — Gymnastique Suédoise — Massage
SOINS PARTICULIERS POUR JEUNES ENFANTS, ÉDUCATION
Hautes références médicales et familiales
S'adresser à la Directrice : Mme HENRY DUBOIS